

IV CURSO MONOGRAFICO SEMES-CLM

“RECOMENDACIONES EN EL MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA”

C.ISQUEMICA. INTRODUCCION

Europa E. CV: IAM 40% muertes < 75 años

En España 30.000 muertos/año por IAM:

***1ª H y fuera hospital 60%. (FV-TV)**

- 90% sin atención médica previa a PCR

-60% no presenciados

Extrahospitalario: M.Consulta DT (8-13%). Varón de 63 años

Otoño-invierno (65%). 20-02h (39%)

Cortejo vegetativo (50%). Alteraciones ST/T (56%)

Diagnostico uvi-m: Cardiopatía Isquémica (43%):

A. Inestable (13%). IAM (30%)

C. ISQUEMICA. CAUSAS

DISMINUCION EN EL APORTE DE O₂ AL MIOCARDIO

- *Obstrucción de las coronarias:-Obstrucción fija (Aterosclerosis. C. Diversas)
-Espasmo arterial**
- *Disminución del riego coronario: Disminución del gasto cardiaco**
- *Hipotensión general: Anemia grave**

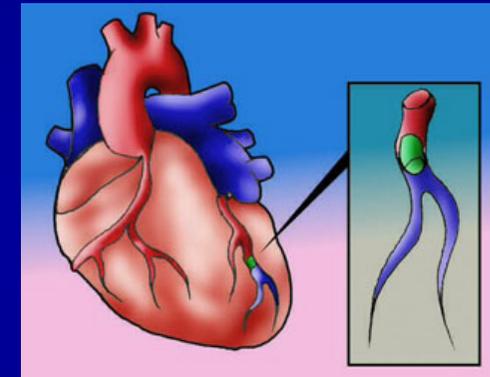
INCREMENTO DE LAS NECESIDADES DE O₂ DEL MIOCARDIO

- *Inotropía miocárdica elevada**
- *Hipertrofia miocárdica**
- *Taquicardia**

MAS COMUN CON DIFERENCIA: ATEROSCLEROSIS CORONARIA

C. ISQUEMICA. PRESENTACION

- Angina de Pecho
- IAM
- Isquémica Miocárdica Silente
- Insuficiencia Cardíaca
- Arritmias
- Muerte súbita



“SINDROME CORONARIO”(AHA): I.A.M. (Q - NO Q) + A. INESTABLE

Origen: Fisura P. Ateroma.....T. Coronario..... Disminución flujo coronario

A. INESTABLE. CLASIFICACION

ANGINA ESTABLE: No modificación clínica 1 mes

ANGINA INESTABLE: Evolución imprevisible

- **ANGINA INICIAL: Comienzo reciente. < 1 mes evolución**
- **ANGINA PROGRESIVA: Altera: Frecuencia. Intensidad
Duración.Desencadenante**
- **ANGINA PROLONGADA: Episodios de larga duración**
- **ANGINA VARIANTE (PRINZMETAL): Reposo. Noche o 1^ah
ST elevado.Vasoespasmó**
- **ANGINA POSTINFARTO: 24 h a primer mes de IAM**

A. INESTABLE. CLINICA

DOLOR TIPICO/ Molestia precordial con perfil isquémico: Opresivo.
Irradiado a: brazo, garganta, mandíbula. **Se acompaña de:** Disnea, sudor ,
sensación de muerte inminente.

FORMAS ATIPICAS PRESENTACION

***DOLOR:** Cuello, mandíbula, brazos, dorso, epigastrio, muñecas

***CLINICA:** Asintomáticos. ICC, ACV, Sincope, Confusión, E. Periférico,
(25%) Ansiedad, Depresión, Debilidad, D. atípico, Vómitos ...

SOSPECHA: Paciente que presenta sintomatología con el reposo o esfuerzo;
sin relación necesaria; leve o intensa; de duración variable
(5-45'); ataques repetidos; episodios muy intensos o prolongados
y pueden confundirse con IAM.

A. INESTABLE. CLINICA II

CRITERIOS DE ALTO RIESGO

- **Angina Prolongada**
- **Angina de Reposo**
- **Repercusión Hemodinámica: E. De Pulmón. Shock. TAS < 100 mmHg. FC >100ppm. I. Mitral. S3**

CRITERIOS RIESGO INTERMEDIO

- **Angina de Reposo resuelta**
- **Angina Nocturna**
- **Angina de Reciente Comienzo**

A. INESTABLE. D. DIFERENCIAL

- **PERICARDITIS:** D.Fijo.Opresivo.Subesternal. **Agrava:** Tos, inspiración profunda, o decúbito. **Alivia:** al sentarse erguido.Audible roce pericárdico de 1,2 o 3 componentes.
- **D. AORTA:** “Desgarrador” irradiación dorsal. Inicio muy intenso, estabilización y disminución de intensidad. No afecta cambios postura. Pulsos periféricos débiles o ausentes y diferente TA en MM.
- **P. ESOFAGICA:** Quemazón. Opresivo. Epigastrio. Relacionado con bebidas frías, AAS o alcohol. Síntomas de reflujo. Antiácidos y Nitratos (E.D.E) lo alivian.
- **IAM**

A. INESTABLE. D. DIFERENCIAL II

- **P. PLEUROPULMONAR:**

- ***NEUMOTORAX:** D. Pleurítico agudo. Antecedente T Tórax o EPOC. Taquipnea, Hiperresonancia.

- ***EMBOLIA:** D. Pleurítico. Tos/hemoptisis. Cirugía o inmovilización. Taquipnea y roce pleural.

- **P.OSTEOMUSCULAR:** D. Punzante, intermitente, larga duración. Aumenta con movimientos torácicos. Relación con traumatismos, patología articular (S. Tietze) y Osteoartrosis C.

- **MIOCARDITIS:** Fiebre, Taquicardia. S1 suave y S3 frecuente. Precedida de infección de vías altas.

A. INESTABLE. E.C.G.



DURANTE EL DOLOR

- * **DESCENSO ST Y ONDA T NEGATIVA. (40-80%)**
- * **ASCENSO ST. (20-30%). Prinzmetal**
- * **NORMAL O CAMBIOS MINIMOS EN ONDA T**

IAM. CLINICA

DOLOR TIPICO/ Molestia precordial con perfil isquémico:Opresivo. Irradiado a: brazo, garganta, mandíbula. **Se acompaña de:** Disnea, sudor, sensación de muerte inminente.

CARACTERISTICAS:

- * **70-80% de IAM presentan Molestia precordial**
- * **Menos del 25% con Molestia precordial tienen IAM**
- * **Frecuentemente irradia a dorso**
- * **Duración superior a 30 minutos (horas)**
- * **Reposo y esfuerzo**
- * **No alivia con reposo ni vasodilatadores**
- * **Acompañado de Reacción Adrenérgica o Vagal**

IAM. CLINICA II

REACCION ADRENERGICA (Catecolaminas)

**Taquicardia Sinusal. Aumento Presión Arterial. Palidez. Piloerección.
Diaforesis fría. Aumento del GC.**

REACCION VAGAL (Acetilcolina) IAM Inferior

**Bradycardia. Hipotensión Arterial. Salivación excesiva. Nausea.
Broncoespasmo. Bajo GC.**

AUSCULTACION

- * 4º Ruido por pérdida de distensibilidad de la pared ventricular infartada.**
- * 3º Ruido por Insuficiencia cardiaca.**
- * Frote pericárdico en la etapa aguda.**
- * Soplo sistólico intenso mesocárdico por ruptura del septum interventricular.**
- * Soplo sistólico apical por disfunción o ruptura del músculo papilar con insuficiencia mitral aguda.**

IAM. D. DIFERENCIAL

PRECISION DIAGNOSTICA: 75% CON CLINICA
90-95% CLINICA + ECG

- **PERICARDITIS**
- **D. AORTA**
- **P. ESOFAGICA**
- **P. PLEUROPULMONAR:**
 - ***NEUMOTORAX:**
 - ***EMBOLIA**
- **P.OSTEOMUSCULAR**
- **MIOCARDITIS**
- **A. INESTABLE**

IAM. E.C.G.



1) ELEVACION DEL SEGMENTO ST-T (Lesión): HORAS

2) ONDA Q PATOLOGICA (Necrosis): HORAS

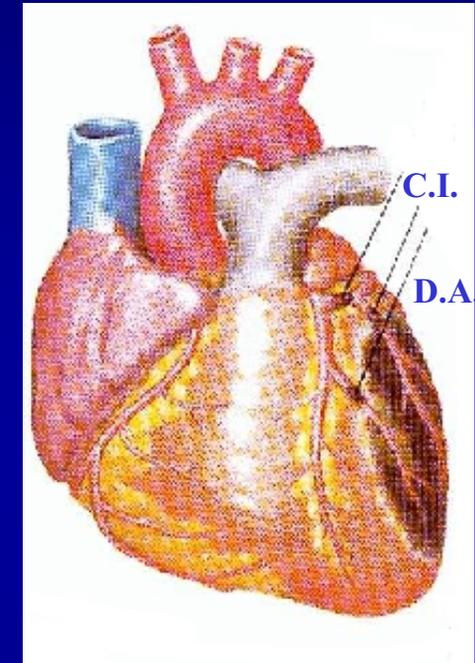
Anchura > 40 mseg. Profundidad > 25% Onda R siguiente

3) INVERSION DE LA ONDA T (Isquemia): HORAS-DIAS

IAM .E.C.G. II

CONSIDERACIONES

- * Buena **ESPECIFICIDAD**, peor **SENSIBILIDAD**
- * Registros ECG iniciales: **25%** anómalos (BRI, Alt repolarización...)
1% normales (Evolución favorable)
- * Sensibilidad variable: **90%** Descendente Anterior. **50%** Circunfleja
- * Antecedentes de IAM disminuye valor diagnostico del ECG



IAM “NO Q”.CARACTERISTICAS

CARACTERISTICAS

- * **Dolor precordial de larga duración. ECG SIN ONDA Q pero con descenso del ST y/o Onda T Negativa, alteraciones enzimáticas.**
- * **Proporción IAM Q/ NO Q 3/1**
- * **En general IAM mas pequeños.**
- * **La arteria responsable no totalmente ocluida.**
- * **La isquemia es recuperable pero es mas extensa**
- * **Función ventricular preservada (Si no estaba alterada)**
- * **MAL PRONOSTICO: Localización anterior del descenso del ST**
Presencia de cambios en el ST durante las crisis
- * **50% no presentan isquemia residual. EXCELENTE PRONOSTICO**

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE

MEDIDAS GENERALES

- **Tranquilizar al paciente:** Informar posible IAM. Sensación Seguridad
- **Posición Semisentado**
- **Valoración Inicial:** H.Clinica (Antecedentes, H comienzo dolor, exploración. Exploración clínica, obtención e interpretación **ECG EN 10 MINUTOS**
- **Monitorización:** ECG. TA. Pulso bilateral. Oximetría de pulso. FR
- **Oxigenoterapia:** Mascarilla “Venturi” o cánula nasal si ansiedad
 - Clase I: Congestión Pulmonar patente (24%). SpO2 < 90% (40%)
 - Clase IIa: Administración a todo IAM durante primeras 2-3 h

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE II

MEDIDAS GENERALES

- **Abordaje Venoso periférico: Dos vías. S G 5%. HipoTA: S Salino**
- **ECG 12 Derivaciones:**
 - Elevación ST $\geq 0.1\text{mV}$ 2 o mas deriv contiguas Miembros, o $\geq 0.2\text{ mV}$ 2 deriv contiguas Precordiales o BCRI “Nuevo o presumiblemente Nuevo”
INDICADA FIBRINOLISIS
 - Si Descenso ST o INVERSION Onda T: **NO FIBRINOLISIS . TT°:**
AAS, Nitratos, Heparina, β -Bloqueantes, Ca Antagonistas ACTP 1^a
 - ECG Normal o Inespecífico: **No descarta C. Isquémica.** Repetir ECG cada 10' la primera $\frac{1}{2}$ h

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE III

MEDIDAS GENERALES

• TROPONINA-T:

***ALTA ESPECIFICIDAD:**

- No se encuentran en Músculo Liso**
- Las Isoformas: Cardíaca, M. Esquelético** **contracción lenta y rápida de subunidad- T difieren en 1 secuencia de Aa. Anticuerpos altamente Específicos para TnTc**
- La TnT esquelética elevada si lesión muscular crónica muy importante**

***Elevación a partir 2-8h tras lesión miocardio:**

MAXIMA SENSIBILIDAD 8-12H

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE IV

MEDIDAS GENERALES

• TROPONINA-T:

TEST TROPONINA-T

*Ac monoclonales: Control (oro), Cuantificación (Biotina)
Tira reactiva con Estreptavidina

*Muestras: Tubo Heparinizado 150 µl. 12' cuantificación + 2' identificar
Destellos: "Positive Result" + acústica

*VALORES:

-< 0.05 ng/ml: **Negativo**. Repetición 10-12h inicio clínica

-0.05ng/ml-0.1ng/ml: **LOW**. Repetir Test 1h con nueva muestra

-0.1ng/ml-2ng/ml: "x" ng/ml. Lesión en miocardio

->2 ng/ml: **HIGH**. Lesión masiva en miocardio

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE V

MEDIDAS GENERALES

- **NITROGLICERINA (NTG)**

CONTRAINDICACIONES

* **TAS < 90 mmHg. FC < 50 ppm ó > 100 ppm. Sospecha IAM VD o Ingesta Sildenafil**

NTG SUBL. Grageas o aerosol. Dosis 0.4mg:

Alivio 3', repetir cada 5' hasta 3 veces. Caducidad NO: ardor, cefaleas, rubor

Si Alivio...ECG. Si ST elevado o no alivio.....FIBRINOLISIS.

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE VI

MEDIDAS GENERALES

- **NITROGLICERINA (NTG)**

NTG IV. NO SUSTITUTO ANALGESIA OPIACEOS.

***Indicaciones: A. Recurrente. IAM Anterior Extenso. Insuficiencia Cardíaca. Isquemia Persistente. HTA.**

***Dosis: Bolo 12.5-25 mcg + Infusión 10-20 mcg/min Incrementos 5-10 mcg/min 5-10'. D.Max: 200 mcg/min. 50 mg en 250 SG 5% VIDRIO.10ml/h**

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE VII

MEDIDAS GENERALES

•SALICILATOS

AAS. CONTRAINDICACIONES

***Alergia conocida. Hemorragia digestiva activa. Discrasia hemática.
Enfermedad hepática grave.**

***DOSIS. 150-300 mg Masticada y tragada.**

***SUPOSITARIOS AAS (325 mg): Nauseas intensas y vómitos. Trastornos
gastrointestinales altos.**

Dipiridamol/Ticlopidina/Sulfinpirazona: Si AAS contraindicado

**Clopidogrel: Evidencia inicial reducción riesgo relativo MUERTE, IAM
ACVA en relación AAS.**

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE VIII

MEDIDAS GENERALES

• ANALGESIA

CLORURO MORFICO IV. Bolo 2-4 mg/5'.

***Si: hTA. Bradicardia. Atropina + Trendelenbrug**

***Si: Depresión respiratoria Naloxona (0.4mg/ 3'9)**

MEPERIDINA .Bolo 25-50 mg

***Si: hTA. Bradicardia. BAV**

• SEDACION

BENZODIACEPINAS. Dosis Midazolam 0.1-0.4mg/kg

***Si ansiedad a pesar de opiáceos.**

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE IX

MEDIDAS GENERALES

- **HEPARINA**

- * **Indicada en Angina Inestable. IAM NO Q.**
- * **No evidencia convincente para uso prehospitalario.**

- **ANTAGONISTAS DEL Ca. Diltiazem. Bolo 25 mg/ 5**

- * **NO Dihidropiridinas de acción rápida (Nifedipina. Nicardipina. Amlodipina. Felodipina. Isradipina).**
- * **Se administran al ingreso hospitalario.**

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE X

MEDIDAS GENERALES

- β -BLOQUEANTES Atenolol o Metoprolol: 5mg Bolo lento. 2/2' (valorar respuesta). Isoproterenol IV si Ef.Adversos
- * **Indicaciones:** Si tras analgesia y sedación persisten: FA con RV Rápida; Taquicardia Sinusal, HTA reactiva. Dolor persistente o recurrente.
- * **Contraindicaciones:** FC<60ppm. TAS < 100 mmHg. Fallo VI moderado o severo. Signos de hipoperfusión periférica. PR > 0.24 seg. BAV II-III. EPOC severa.

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE XI

MEDIDAS GENERALES

- **BLOQUEADORES R. PLAQUETARIOS (GP IIb/IIIa). (INTEGRINAS)**

Fibrinógeno + GP IIb/IIIa..... Trombo verdadero.

* **Beneficio precoz en Tto medico de A. Inestable e IAM NO Q**

* **Beneficio modesto en Mortalidad e IAM (reducción 15%)**

* **Los GP IIb/IIIa se administraran con Heparina.**

* **TIMI -14 (888): Abciximab (Reopro) + 50 mg rt-PA. Mejor reperfusion 60-90'**

* **INTRO-AMI (344): Eptifibatide (Integrilin) + 50 mg Alteplase.**

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE XII

MEDIDAS GENERALES

- **BLOQUEADORES R. PLAQUETARIOS (GP IIb/IIIa).**
 - * **No hay datos que comparen directamente la eficacia de los GP IIb/IIIa disponibles. PRIMIS-PLUS Tirofiban. PURSUIT Eptifibatide.**
 - * **ORAL: -Xemilofiban. Sibrafiban. Para prolongar Tto antitrombótico**
No Mejores que Aspirina. Seguridad hay que estudiar.
-Identificar pacientes beneficiarios del Tto. Dudas duración y dosis
 - * **IV: -Según AHA y ACC y SEC: Clase II a : PACIENTES CON IAM SIN ELEVACION DEL ST O ANGINA REFRACTARIA.**
-Abciximab (®Reopro), Eptifibatide (®Integrilin) y Tirofiban (®Agrastat).
-Tto universalizado en S. Coronarios esta lejos de ser rutinario

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE XIII

MEDIDAS GENERALES

• TRASLADO A CENTRO UTIL

- * **Unidad de coronarios en USVA. Semisentado**
- * **Velocidad adaptada al trafico (No generar ansiedad)**
- * **Si Fibrinolizado: Tratar con sumo cuidado. Proteger cabeza**
- * **Si Hemorragia: Compresión. Severa o H cerebral. Inhibidores plasmina
Acid Tranexámico. E.Aminocaproico o Aprotinina. Protamina**
- * **Si hay centro con ACTP en el área, encontrarse a menos de una h del inicio de ACTP. Dirigirse al Centro.**

• PREAVISO HOSPITALARIO

- * **Comunicar detalles y demora prevista.**

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE XIV

IAM NO COMPLICADO

Ausencia de alteraciones eléctricas, clínicas (FR,FC,Circulación periférica) o hemodinámicas graves, controlada la ansiedad y dolor y descartada la hTA secundaria a vómitos,sudor profuso, opiáceos u otros fármacos. Paciente: Normotenso, sin taqui o bradicardia ni disnea, buen relleno capilar

• FIBRINOLISIS EXTRAHOSPITALARIA

INDICACIONES:

- * **Siempre que se disponga del adiestramiento adecuado y equipo necesario.**
- * **Elevación del ST (> 0.1 mV) en 2 deriv contiguas o BCRI en el contexto de sospecha de IAM, en áreas que el paciente se encuentre: 2-3 primeras horas del inicio del IAM y prevea demora real igual o superior a 30' o intervalo total previsto desde llamada al inicio de Fibrinólisis Hospitalaria sea superior a 60'.**

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE XV

• FIBRINOLISIS EXTRAHOSPITALARIA

- * Cuando se prevea ganancia de T° entre 60 y 90´ en 6 primeras horas, o este en primeros 90´ desde inicio de síntomas.**
- * El tiempo ahorrado en primeras 1-2 horas mayor importancia. (GISSI. 1986)**
- * Mayor Beneficio: IAM Anterior. Diabéticos. TAS<100mmHg. FC > 100 ppm.**
- * Menor Beneficio: IAM Inferior excepto si afectación V.Derecho.**

CONTRAINDICACIONES

- * Ictus hemorrágico. Otros ictus en ultimo año.**
- * Neoplasia intracraneal conocida**
- * Hemorragia interna activa (excepto menstruación)**
- * Sospecha Disección Aórtica**

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE XVI

• FIBRINOLISIS EXTRAHOSPITALARIA

PRECAUCIONES.CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- * Hta severa **no controlada** (TAS/TAD > 180/120 mmHg. Es Absoluta en **pacientes de Bajo Riesgo**(Shock. E Pulmon.FC ≥ 100 ppm o TAS ≤100)
- * ACVA previo o Enferm Intracraneal **no descrita en contraindicaciones**
- * Ttº anticoagulante (INR ≥ 2-3), Diátesis Hemorrágica **conocida**
- * Traumatismo reciente (2-4 semanas previas) incluye: TCE, RCP traumática o prolongada (>10´) y Cirugía importante (<3semanas)
- * Punción vascular no compresible
- * Hemorragia interna reciente (2-4 semanas previas)
- * Uso previo SK o APSAC si se preveen usar (5 días-2 años) o alergias a ellos
- * Embarazo
- * Ulcera péptica activa
- * HTA crónica severa

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE XVII

• FIBRINOLISIS EXTRAHOSPITALARIA

CRITERIOS INDIRECTOS DE REPERFUSION

***Clínicos: Disminución del dolor. Variaciones hemodinámicas(Bradicardia.hTA**

***Eléctricos: Descenso ST. Arritmias Ventriculares (Extrasistolia, Taquicardia, RIVA. Trastorno de la conducción (BAV)**

• GLUCOSA-SODIO-POTASIO

ECLA: reducción mortalidad y otros eventos no fatales al perfundir: 1.5ml/Kg/h durante 24h (25% glucosa + 50 UUII Insulina soluble + CLK 80 mmol/litro). Mejor antes 12 primeras horas.

• OTROS TRATAMIENTOS

No indicados IECAs, Antiarrítmicos profilácticos (Lidocaína), ni Mg (Probablemente útil en Torsadas de Punta asociada a QT largo: 1-2gr IV 5'

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE XVIII

IAM COMPLICADO

• COMPLICACIONES HEMODINAMICAS

***HIPERDINAMICO: β -Bloqueantes**

***BRADICARDIA-HIPOTENSION: Atropina y Marcapasos**

***HIPOVOLEMIA: Fluidos**

***INSUFICIENCIA CARDIACA: Diuréticos (Furosemida 40-80 mg lento)
+ NTG IV 0.25 mcg/Kg/min. O2 100%**

***SHOCK CARDIOGENICO: Dopamina (TAS <90) o Dobutamina (TAS \geq 90)
BCPA. Coronariografía. Cirugía Derivación
Coronaria (CDC) y ACTP**

***INFARTO V. DERECHO: S.Fisiológico (200 ml en 10' para evaluar) +
Inotrópicos si hTA(Dobutamina)
Fibrinólisis o ACTP. NO: NTG, Opiáceos,Diuréticos**

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE XIX

IAM COMPLICADO

• COMPLICACIONES MECANICAS

- * Defecto septal ventricular. Ruptura de pared libre de ventrículo, ruptura de músculo papilar: Traslado a centro con BCPA y Cirugía Cardiaca.

• COMPLICACIONES ELECTRICAS

Se trataran según Algoritmos ERC y del ILCOR.

- * FV/TV SIN PULSO
- * BRADICARDIA SINUSAL O BLOQUEO AV
- * TQRSE
- * TQRSA

C. ISQUEMICA. MANEJO DEL PACIENTE XX

DISNEA DE PRESUMIBLE ORIGEN CARDIACO

***O2. NTG. Furosemida. Morfina. Intubación OT. Si arritmia se trata.**

OPTIMIZACION DEL TTº PREHOSPITALARIO

***FORMACION POBLACION O PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SOBRE COMO ACTUAR ANTE SINTOMAS INICIALES DE POSIBLE IAM. Y EN RCP-B**

***SERVICIOS DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA, ACCESIBLES A TRAVES DE UN NUMERO FACIL DE MEMORIZAR. POSIBILIDAD DE DESFIBRILAR EN CENTROS MEDICOS BASICOS.**



C. ISQUEMICA. CASO CLINICO

PU: 95570. PM: 30066 OM,J. VARON 69. 04:50h. 25-01-95

ANT: DMNID. COLELITIASIS. EPIGASTRALGIAS.

EA: Dolor Abdominal desde hace 9-10 días. Esta madrugada sobre 03:20 se reagudiza el dolor que empieza en la ingle izquierda (señala con el dedo índice) Y se va a estomago (difuminado). No cortejo vegetativo. Ceno huevos fritos con tomate.

EXP: BEG. Consciente, Orientado, Bien nutrido y Perfundido.

ACR: N

NEUROLOGIA: N

GLUCEMIA: 80 mg/dl

**ABDOMEN: Doloroso en Hipocondrio Dx con defensa abdominal.
Hipertimpanismo generalizado. Blumber (-)**

TA: 160/100mmHg. FC: 87. FR: 15

C. ISQUEMICA. CASO CLINICO

PU: 95570. PM: 30066
OM, J. VARON 69. 04:50h.
25-01-95

